送信先:日本赤十字社 愛知医療センター 名古屋第二病院
FAX:052-834-6160

情報伝達の流れ:保険薬局→薬剤部→処方医師

〈注意〉 このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願い致します。

吸入指導実施報告書

処方医: 科 先生御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID:	
患者名:	TEL
	FAX
服薬指導日 年 月 日	担当薬剤師: _____ 印

吸入薬の指導に関する情報提供として、下記の通り報告致します。

項目	エアゾール (薬剤名:)	できる	できない
1	空打ちの操作について理解している。	□	□
2	キャップを外して、吸入剤のボンベを5回程振って均一にする。	□	□
3	十分に息を吐くことができる。	□	□
4	息を止めたまま吸入口を軽く歯でくわえ、おおうことができる。	□	□
5	息の吸いはじめにボンベを強く1回押すことができる。	□	□
6	胸いっぱいになるまでゆっくり深く息を吸い込むことができる。	□	□
7	吸入口を口から離し、そのまま5～10秒間息を止めることができる。	□	□
8	ゆっくり息を吐き出すことができる。	□	□
9	____吸入の場合、吸入操作を____回繰り返す。	□	□
10	「ぶくぶく」と「がらがら」のうがいをそれぞれ2回以上行うことができる。	□	□
11	薬の残量の目安について理解している。	□	□
12	この薬1個で_____日間使用可能であることを理解している。 【1個で_____噴霧】	□	□

■副作用確認(副作用がある場合は ☑でチェック、判断が難しい場合は、下記の連絡事項の欄に記載)

□ 嗄声 □ 咽頭痛 □ 口腔違和感 □ 口渇 □ 緑内障(眼痛、視覚異常などの症状)
□ 尿閉(頻尿、残尿感などの症状) □ 振戦 □ 動悸 □ その他( )

保険薬局から処方医師への連絡事項
□問題なく吸入可能です。 □吸入困難です。他剤への変更をご考慮お願いします。
□吸入手法に問題があります。
□その他
( )

返信欄

対応(病院記入欄)
□ 報告内容を確認しました。
□ 次回から提案通りの内容に変更します。
□ 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
□ 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。
( )

_____年____月____日 医師名_____ 薬剤師名_____.